

Deux modèles de services de réhabilitation en Grande-Bretagne

Two models of services in psychiatric rehabilitation in Great-Britain

Alain Lesage

Volume 12, numéro 1, juin 1987

Aspects de la désinstitutionnalisation

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030378ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030378ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lesage, A. (1987). Deux modèles de services de réhabilitation en Grande-Bretagne. *Santé mentale au Québec*, 12(1), 117-123.
<https://doi.org/10.7202/030378ar>

Résumé de l'article

La réadaptation psychiatrique en Grande-Bretagne est articulée autour des concepts de la psychiatrie sociale. Les handicaps des patients souffrant de maladie schizophrénique seraient déterminés par trois facteurs : les déficits dus à la maladie elle-même, les désavantages sociaux et la réaction de l'individu à sa condition psychosociale. La réadaptation vise à réduire ou, au moins, à contenir les handicaps en travaillant sur ces trois dimensions. Par ailleurs, les services psychiatriques britanniques ont été des pionniers de la désinstitutionnalisation et du développement d'une approche communautaire. Toutefois, ces développements se sont effectués de façon très progressive avec des expériences avant-gardistes et d'autres à mi-chemin. Deux milieux de réadaptation seront ici décrits : Netherne, basé sur un hôpital psychiatrique avec responsabilité de secteur; Camberwell, où l'asile n'existe plus et où un centre est responsable de la réhabilitation du secteur.

Deux modèles de services de réhabilitation en Grande-Bretagne

Alain Lesage*

La réadaptation psychiatrique en Grande-Bretagne est articulée autour des concepts de la psychiatrie sociale. Les handicaps des patients souffrant de maladie schizophrénique seraient déterminés par trois facteurs : les déficits dus à la maladie elle-même, les désavantages sociaux et la réaction de l'individu à sa condition psychosociale. La réadaptation vise à réduire ou, au moins, à contenir les handicaps en travaillant sur ces trois dimensions. Par ailleurs, les services psychiatriques britanniques ont été des pionniers de la désinstitutionnalisation et du développement d'une approche communautaire. Toutefois, ces développements se sont effectués de façon très progressive avec des expériences avant-gardistes et d'autres à mi-chemin. Deux milieux de réadaptation seront ici décrits : Netherne, basé sur un hôpital psychiatrique avec responsabilité de secteur ; Camberwell, où l'asile n'existe plus et où un centre est responsable de la réhabilitation du secteur.

L'évolution des services de santé des pays industrialisés s'achemine vers un modèle décentralisé où la population d'un secteur géographiquement déterminé se verrait offrir des services intégrés, diversifiés et efficaces (Mechanic, 1974). En psychiatrie, l'approche communautaire peut être décrite comme la distribution des soins dans des points de services communautaires plutôt que dans des institutions totales comme les asiles (B. Astrachan, cité dans Goldberg et Huxley, 1980). Le système de valeur qui sous-tend cette approche est que les individus handicapés, physiquement ou mentalement, devraient vivre une vie aussi normale que possible. Il ne devrait pas y avoir de discrimination pour cause de handicap et tous les efforts devraient être déployés pour éviter la ségrégation dans des communautés isolées. La mise en place d'une approche communautaire a d'abord dû faire place aux problèmes liés à la désinstitutionnalisation et à l'intégration dans la communauté de patients ayant été hospitalisés à long terme (Wing, 1980). Ce n'est que dans un second temps que firent surface les problèmes des patients n'ayant pas connu l'asile, mais

qui se multipliaient dans les départements de psychiatrie ou qui étaient réadmis à répétition.

Le présent article décrira la pratique de la réhabilitation psychiatrique britannique à travers deux expériences modèles : l'une basée sur l'hôpital psychiatrique, l'autre dans la communauté. L'auteur veut illustrer que les principes de réadaptation, visant à mener une vie aussi intégrée que possible dans la communauté, peuvent être réalisés dans l'un ou l'autre modèle, même si le modèle de l'hôpital psychiatrique peut être conçu comme une étape intermédiaire. Dans un premier temps, nous ferons un tour d'horizon historique et organisationnel du système britannique. Deuxièmement, nous décrirons brièvement les concepts de psychiatrie sociale sous-tendant la réadaptation en Grande-Bretagne. Troisièmement, nous présenterons les deux expériences de Netherne et de Camberwell. Enfin, nous exposerons les principes de réhabilitation propres aux deux services et ce qu'il faut de réseau de service pour soutenir une bonne pratique.

BREF HISTORIQUE

L'attitude de l'Angleterre du XIX^e siècle face aux malades psychiatriques oscilla en mouvements de pendule (Lesage, 1985). D'abord, on vit la création des asiles comme lieux de traitement moral

* L'auteur, psychiatre, remercie le fonds de la recherche en santé du Québec qui a supporté son stage au Maudsley Hospital à Londres.

éclairé, en réaction à l'abandon abject des malades mentaux observé alors dans la communauté. Dans un deuxième temps, se produisit une saturation rapide de ces asiles, correspondant aux grandes migrations rurales-urbaines de l'industrialisation avancée. Puis, un mouvement s'amorça avant le début de la deuxième guerre mondiale, mouvement qui devait s'accélérer pendant et après celle-ci. On constata, en effet, que de nombreux patients n'étaient plus à l'asile pour des raisons de déficits psychiatriques et que plusieurs pouvaient être réintégrés dans la communauté. Simultanément, la réadaptation des cas de névrose de guerre montra d'importants succès. Maxwell Jones poursuivit dans cette voie par le traitement de patients affectés de troubles de la personnalité, dans le cadre d'une communauté thérapeutique à l'hôpital. L'avènement du système national de santé (NHS) en 1948 et l'intégration des services psychiatriques à celui-ci donna des moyens au mouvement amorcé. Des psychiatres et du personnel motivé effectuèrent une désinstitutionnalisation importante des asiles tout en mettant en place les éléments d'un service communautaire. À un point tel qu'au début des années soixante on envisageait la fermeture des asiles dans la décennie (Tooth et Brooke, 1961). Cette prévision ne se réalisa pas. Les principales causes en furent les handicaps plus sévères de la population asilaire restante et le manque de support financier pour développer dans la communauté les ressources intermédiaires résidentielles et occupationnelles nécessaires (Watts et Bennett, 1983).

La situation se trouva compliquée encore par le développement en 1970 d'une structure hiérarchique autonome pour les services sociaux (rapport Seeböhm). L'expertise des services sociaux impliqués en psychiatrie se trouva diluée. Or, si les services de santé relèvent du gouvernement central quant à leur financement et aux grandes orientations de leurs programmes, les ressources communautaires de logement, de centres de jour et de services sociaux dépendent des autorités locales (municipales). La marge de manoeuvre financière de ces autorités se trouva fort limitée au début des années 70 et leur intérêt pour les patients psychiatriques était faible par rapport à d'autres priorités (Pour une discussion détaillée de ces problèmes, se référer à Tessier (1986)).

En 1977, il y avait encore en Angleterre 83 839

patients hospitalisés (1,81 : 1000 de population), dont près de la moitié âgée de plus de 65 ans. 16 % se trouvaient hospitalisés depuis plus de 5 ans et 22 % depuis 1 à 5 ans. Une étude évaluative des besoins résidentiels des patients hospitalisés depuis plus d'un an et moins de 5 ans montra que seulement un tiers des patients avaient besoin d'être dans un hôpital psychiatrique et que les autres pouvaient bénéficier de milieux moins protégés, même si seulement 10 % pouvaient vivre indépendamment sur-le-champ (Mann et Cree, 1976). En 1975, le gouvernement central proposait dans un livre blanc des standards minimaux de services et des ressources intermédiaires pour les patients psychiatriques (DHSS, 1976). On y prévoyait, pour une population générale de 100 000 habitants :

- 50 lits en hôpital général.
- 17 places dans un département-villa.
- 30 places dans un hôpital de jour.
- 60 places dans les centres de jour.
- 30 places en foyer d'accueil.

Ceci exclut les besoins pour la déficience mentale et les démences.

PRINCIPES DE RÉADAPTATION SOCIALE

Au cours des années après la Deuxième guerre, les recherches en psychiatrie sociale ont soutenu et guidé les activités de réadaptation. La reconnaissance des aspects sociaux de la santé et des responsabilités sociales est illustrée au niveau politique par la précoce adoption du système de santé publique et au niveau du Conseil médical de la recherche britannique par la création à cette époque de la division de psychiatrie sociale (MRC Social Psychiatry Unit).

L'attention du MRC Social Psychiatry Unit s'est portée sur le développement d'instruments pour mesurer la psychopathologie psychiatrique et les dysfonctions sociales, essentiellement des entrevues semi-structurées. Le but était de circonscrire les effets du milieu social sur les maladies mentales, en particulier la schizophrénie. Des premières études est ressorti un modèle du handicap social du patient psychiatrique (Wing, 1967). L'handicap social serait déterminé par trois dimensions. Premièrement les déficits dus à la maladie mentale elle-même. Deuxièmement, les désavantages sociaux comme le

manque d'éducation, la pauvreté, le manque d'ouverture du marché du travail, les conditions de logement, un milieu familial et social dépourvu émotionnellement. Troisièmement, les réactions négatives de l'individu à ses déficits et aux désavantages ; l'entourage immédiat du patient peut amplifier ces attitudes. L'institutionnalisme (Wing et Brown, 1970) représente l'exemple extrême de cette dimension et a d'abord été décrit dans les asiles. Là, un environnement social stigmatisant et appauvri a amplifié le manque de confiance en soi, le peu d'estime de soi et a fortement réduit la motivation à sortir de l'hôpital. Plus tard, à mesure que l'expérience de services dans la communauté se développait, il est devenu clair que l'institutionnalisme pouvait se reproduire dans un foyer d'accueil, dans une famille ou dans un centre de jour. Les handicaps de la schizophrénie ne seraient pas fixes, mais dépendraient de l'environnement social créé autour des patients (Wing et Brown, 1970). Du point de vue clinique, cela supposait que la réadaptation des malades souffrant de schizophrénie ne passait pas seulement par un traitement étroitement médical des déficits psychologiques, mais aussi par des traitements sociaux et par une action sur l'environnement social (Royal College of Psychiatrists, 1980).

Deux études évaluatives de la réadaptation peuvent être citées pour illustrer l'évolution progressive des connaissances autour du paradigme à trois dimensions mentionné plus haut. Au début des années soixante, au terme du développement de la réadaptation par le travail industriel à l'intérieur de l'hôpital Netherne, ce dernier fut comparé à deux autres hôpitaux où un tel programme n'était pas en vigueur. Les patients affectés de schizophrénie furent considérés. Les résultats montrèrent que d'une part les symptômes psychotiques étaient diminués et que d'autre part le syndrome négatif (ralentissement, manque de motivation, retrait) était également diminué. La deuxième étude se déroula à Camberwell. Une unité de réhabilitation industrielle fut mise sur pied pour accueillir des patients en majorité non hospitalisés et souffrant de schizophrénie. Les patients furent comparés à d'autres du même secteur auxquels on n'offrait pas la réhabilitation industrielle. Les résultats ne montrèrent aucune amélioration significative quant aux dysfonctions sociales et aux symptômes psychotiques entre les deux groupes (Wing *et al.*, 1972). On remarqua qu'un patient trop

stimulé pouvait présenter une augmentation de la symptomatologie psychotique. L'environnement social des patients de Camberwell n'était pas le même que celui des patients hospitalisés de Netherne : ils vivaient avec leur famille, ou dans des foyers. Le climat émotionnel dans la famille affecte le risque de rechute (Vaughn et Leff, 1976). La réadaptation devait clairement porter son attention et ses efforts sur ces aspects de l'environnement du patient. La thérapie industrielle ne serait qu'un des aspects de la réhabilitation dans la communauté.

HÔPITAL DE NETHERNE

Netherne fait partie du cordon d'asiles qui furent construits autour de Londres à la fin de l'époque victorienne. Des milliers de patients s'y sont retrouvés à un moment donné. Après la Deuxième guerre, l'hôpital devint un des centres modèles de réadaptation et de réinsertion sociale des patients hospitalisés à long terme sous l'impulsion du Dr Freudenberg. À cette époque, le retour au travail était valorisé comme une preuve de la réinsertion sociale de l'individu. Non seulement les conditions d'emploi étaient-elles plus favorables et les emplois de type industriel plus nombreux, mais il existait une tranche de patients hospitalisés à long terme, peu handicapés, qui pouvaient franchir avec succès toutes les étapes allant de l'hôpital à un emploi régulier dans la communauté. Une attention était aussi donnée aux habiletés pour vivre indépendamment ou en foyer de groupe (habiletés de vie : hygiène personnelle, tâches domestiques, faire un budget, cuisiner). L'organisation des édifices (villas) fut arrangée en fonction de ces deux dimensions, domestiques et occupationnelles. L'hôpital cumule maintenant la responsabilité d'un secteur géographique donné pour les services psychiatriques (Netherne, 1982).

Les patients sont placés au départ selon leurs besoins et ils se déplacent d'une villa à l'autre à mesure qu'ils sont capables d'assumer une plus grande partie des différents aspects de leur vie. Les programmes de chaque département prévoient une rééducation des habiletés de vie. Chaque villa comprend un sous-groupe de patients qu'on considère incapables de se mouvoir au-delà — et la villa devient leur maison — mais ils sont soumis aux mêmes attentes et stimulations de la part du person-

nel. Côté occupationnel, il existe une série de possibilités à l'intérieur même des services d'entretien de l'hôpital, lesquels sont utilisés à des fins thérapeutiques : travail de bureau, buanderie, magasins, entretien ménager. Autre possibilité, une série intégrée d'ateliers effectuant des sous-contrats pour l'industrie. La première assignation occupationnelle est déterminée après une évaluation souvent faite dans un des ateliers ou dans un hôpital de jour (Edwani, 1972, 1981).

Une équipe multidisciplinaire de l'hôpital, dirigée par un psychiatre sénior avec responsabilité spéciale pour la réhabilitation, coordonne ces activités. L'équipe est composée, outre les psychiatres, du nursing psychiatrique tant hospitalier que communautaire, de l'ergothérapie, du service social et de psychologues. L'équipe effectue les évaluations des nouveaux cas et réévalue chaque cas régulièrement. Un comité de réhabilitation du secteur veille à la coordination avec l'extérieur. En plus des groupes professionnels mentionnés, ce comité inclut des représentants séniors des services sociaux, des services de logements municipaux, de santé communautaire et des groupes bénévoles. Ces derniers se sont engagés à Netherne soit à fournir des services résidentiels, ou à développer de nouvelles initiatives comme engager un conseiller spécial pour éduquer et soutenir les entreprises et les patients qui cherchent à s'y intégrer.

CAMBERWELL

Situé en banlieue de Londres, Camberwell compte environ 125 000 habitants et fait partie de la communauté urbaine de Southwark, la 5^{ème} plus pauvre de Londres. Ce secteur ouvrier a toutefois gardé une certaine cohésion sociale. Les services psychiatriques s'y sont développés de façon importante par suite de la présence, depuis les années 20, du Maudsley Hospital, un centre de formation en psychiatrie, et de l'Institute of Psychiatry. Ce n'est pourtant que vers le milieu des années 60 que le Maudsley commença à se reconnaître une responsabilité dans l'organisation de la distribution des soins psychiatriques dans son secteur. Les efforts de psychiatres cliniciens avant-gardistes et l'évaluation continue du MRC Social Psychiatry Unit a permis à Camberwell de bâtir un secteur modèle de psychiatrie communautaire. Les admissions à l'an-

cien hôpital psychiatrique furent discontinuées. Les cliniciens cumulèrent un poste et à l'asile et dans les départements de psychiatrie des hôpitaux généraux du secteur, rapatriant toute nouvelle admission du secteur de l'asile vers les hôpitaux généraux et vers les ressources intermédiaires.

Les activités de réhabilitation du secteur et de quelques cas hors-secteur sont gérées par trois équipes multidisciplinaires oeuvrant à partir du «Centre de services de secteur» (DSC). Il s'agit d'une bâtisse multifonctionnelle de quatre étages, comprenant un étage résidentiel pour 25 patients, les bureaux des trois équipes, des salles de réunion et de séjour, une série de trois ateliers industriels, un atelier de travail de bureau, des salles avec cuisine, buanderie et bibliothèque pour l'apprentissage des habiletés de la vie. Chaque équipe compte environ 8 résidents et 20 patients de jour réguliers et soutient près de 80 patients dans la communauté. Le DSC se voit référer des patients de son secteur par les départements de psychiatrie générale. Souvent les patients ont eu plusieurs hospitalisations et le traitement en clinique externe s'est montré insuffisant. Une des équipes, à tour de rôle, évalue les nouveaux patients. Chaque équipe est constituée d'un psychiatre sénior et deux juniors, un(e) psychologue, deux ergothérapeutes, un travailleur social et 8 à 10 infirmiers(ères). Suite à l'évaluation, un plan de traitement est dressé par consensus. Au moins deux membres de l'équipe sont désignés comme travailleurs spéciaux pour chaque patient. Ils sont chargés d'assurer la conduite du plan de traitement et de servir de personne-ressource pour le patient. Les cas des patients de jour sont discutés en équipe, deux fois par semaine. Certains patients peuvent nécessiter une supervision résidentielle intense, soit pour la réadaptation, soit suite à une rechute : à moins qu'ils n'aient été retransférés à l'équipe référante, le DSC assume la responsabilité. Les ateliers thérapeutiques effectuent des sous-contrats pour l'industrie légère. Ils sont dirigés par les ergothérapeutes et leurs fonctions sont multiples : il peut s'agir de structurer un patient au processus de pensée très diffus, d'évaluer les capacités de tenir un travail ou de bâtir la compétence affective et pratique pour aboutir au marché du travail ou à un atelier protégé. Tous les patients reçoivent des gages en fonction des objectifs thérapeutiques et du travail accompli. Les ergothérapeutes organisent

aussi des programmes d'éducation aux habiletés de vie «in vivo» soit à la cuisine, soit à la buanderie, soit à la bibliothèque (pour remplir des formulaires ou soutenir une entrevue). Le personnel infirmier seconde ces efforts, veille sur les patients en phase de crise, organise avec les psychologues des groupes thématiques («sortir de l'hôpital», «se faire des amis») et des groupes de familles.

Le DSC se veut un centre intensif d'évaluation et de réadaptation, tout en ayant une fonction d'hôpital de jour, c'est-à-dire pour soutenir des patients dont l'état clinique nécessite un plus grand encadrement. Le DSC coordonne un réseau de ressources intermédiaires en s'y intégrant. Les patients les plus handicapés sont référés à un département-villa. Il s'agit d'une maison sur les terrains de l'hôpital qui est destinée à être le lieu permanent de résidence de patients dont les handicaps nécessitent une supervision constante à long terme. Il faut se rappeler qu'il n'y a plus de recours possible à l'asile Camberwell. La villa accueille 15 patients et le rapport personnel-patient est au moins de 1 : 1. Contrairement aux attentes initiales, après plusieurs années, près de la moitié des patients du groupe original ont pu emménager dans un foyer de groupe mis sur pied et supervisé par le personnel du département-villa. Les autres ressources résidentielles dans la communauté varient : foyers d'accueil supervisés où les repas sont préparés et où le personnel est constamment présent; foyers de groupe légèrement supervisés où les résidents sont encouragés à s'occuper des repas, des tâches ménagères et du budget; et finalement les appartements supervisés, dans le sens d'une visite hebdomadaire du personnel. Ces ressources résidentielles ont été mises sur pied en partie par l'hôpital même, en partie par la municipalité et en partie par des organismes charitables et des coopératives de logement (l'une fut lancée par des psychiatres).

Les activités occupationnelles dans la communauté comprennent des arrangements spéciaux avec l'éducation aux adultes pour faciliter l'intégration des patients à une formation avancée. Il existe une série d'ateliers protégés et de centres de rééducation du ministère du Travail. Des centres de jour ont été mis sur pied par les services sociaux : on y offre une série d'activités occupationnelles et créatives. Il y a possibilité d'intégration au travail bénévole. Les activités de loisirs sont assurées par

au moins deux clubs, l'un se réunissant au DSC un soir par semaine et l'autre dans la communauté.

PRINCIPES ET TECHNIQUES DE RÉHABILITATION

On peut brièvement tracer de ces deux expériences les principes et les principales techniques de réhabilitation psychiatrique, compte tenu du fait que la réadaptation vise à assurer et maintenir le niveau optimal de fonctionnement social de l'individu.

Une série d'étapes

L'art de la réhabilitation consiste à échelonner la réadaptation en une série d'étapes graduelles menant à l'autonomie optimale de l'individu pour la direction de sa vie, ses habiletés de vie, l'emploi et les loisirs. Il y a deux corollaires à cette proposition. Premièrement, il y a reconnaissance que le retour à une vie indépendante dans la société n'est pas possible pour tous les patients, et que pour tel ou tel, vivre dans un foyer d'accueil supervisé et aller à un centre de jour représente la meilleure adaptation possible. Un tel résultat constitue un succès de l'entreprise de réhabilitation. Cette expérience du succès est un élément essentiel à transmettre tant au patient qu'au personnel. Deuxième corollaire, il faut que les services disposent d'une série d'environnements où les attentes et les programmes seront de niveau différent. Ainsi à Netherne, les villas offraient des milieux de vie où l'autonomie potentielle des patients variait et où les attentes et les programmes étaient adaptés en visant ultimement le passage à une unité de plus grande autonomie. Ces passages d'une unité à l'autre représentaient des preuves concrètes de progrès et de succès.

Il ne s'agit pas seulement de favoriser l'autonomie des patients, mais aussi du personnel. À Camberwell, l'équipe du département-villa avait le choix d'accepter ou non une référence. L'organisation du milieu de vie était de son entière responsabilité. Il en résulta la création par le personnel d'un foyer de groupe correspondant aux besoins perçus. Le personnel va et vient du département-villa au foyer ou accompagne un patient : il n'y a pas de contrainte type externe/interne. La plus grande responsabilité des équipes a favorisé une ouverture de celles-ci aux difficultés des autres unités et à la recherche commune d'alternatives.

Évaluation

L'activité de réhabilitation repose d'abord sur une évaluation initiale des dysfonctions psychiatriques et sociales, des désavantages sociaux et des atouts de l'individu. Un plan d'action est discuté et décidé avec le patient. Plus important encore, il faut surveiller et enregistrer les résultats et réévaluer régulièrement. L'expérience avec les patients souffrant de schizophrénie à long terme a montré que des activités de réadaptation impossibles à une époque pour l'individu peuvent porter fruit plus tard. Seules des évaluations et surtout des tentatives répétées dans des environnements réalistes permettent à l'équipe et à l'individu de connaître leurs possibilités.

Équipe multidisciplinaire de réhabilitation

Au niveau clinique, les différentes dimensions et habiletés nécessaires à la réadaptation commandent une équipe multidisciplinaire. Au niveau structurel des services, étant donné les différences de hiérarchies, seul un forum impliquant services de santé, services sociaux, services bénévoles et représentants des patients peut assurer un effort continu et intégré de réhabilitation au niveau local. Une équipe ou un groupe de réhabilitation devrait donc être créé pour assurer la continuité clinique, la liaison et la planification nécessaires pour un territoire donné. Il faut situer cette équipe parmi les autres nécessaires en psychiatrie dans un secteur, à savoir équipes de pédopsychiatrie, de psychogériatrie, de consultation-liaison avec les omnipraticiens, de psychiatrie légale, d'hospitalisation à domicile, d'interventions de crise et de travail de secteur proprement dit.

CONCLUSION

La réhabilitation psychiatrique britannique a eu un point de départ clinique et demeure clinique. Elle est axée sur l'individu, sur une évaluation de ses besoins et la mise en place de traitements, de milieux de vie et d'occupation réalistes et adaptés à ses besoins. Elle reconnaît la responsabilité des services de santé de favoriser la création d'une équipe de réhabilitation, d'assurer la continuité et aussi d'intervenir auprès de la communauté pour aider la réinsertion du patient psychiatrique. Les principes de réhabilitation peuvent s'exercer autant à par-

tir d'un hôpital psychiatrique que dans la communauté. L'autonomie des équipes et des unités est essentielle. Si l'activité déployée dans la communauté doit être favorisée en principe, les contraintes historiques, financières et immobilières imposent la nécessité d'utiliser les lieux et les ressources humaines disponibles.

RÉFÉRENCES

- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY, 1976, *Better Care for the Mentally Ill*, Her Majesty Stationery Office, Londres.
- EDWANI, M.Y., 1972, The Netherne Resettlement Unit : results of ten years, *British Journal of Psychiatry*, 121, 417-424.
- EDWANI, M.Y., 1981, Day Units Counselling rehabilitation practice at Netherne Hospital, in Wing, J.K., Morris, B., eds, *Handbook of Psychiatric Rehabilitation Practice*, Oxford University Press, Londres.
- GOLDBERG, D., HUXLEY, P., 1980, *Mental Illness in the Community. The Pathway to Psychiatric Care*, Tavistock Publications, Londres.
- LESAGE, A., 1985, Le pendule, in Tribune des lecteurs, *Santé mentale au Québec*, X, 1, 145-147.
- MANN, S., CREE, W., 1976, New long-stay psychiatric patients : a national sample survey of fifteen mental hospitals in England and Wales 1972/3, *Psychological Medicine*, 11, 535-550.
- MECHANIC, D., 1974, *Politics, Medicine, and Social Sciences*, Wiley & Sons, New York.
- NETHERNE HOSPITAL, 1982, *Netherne Rehabilitation Services (a designated national demonstration centre)*, miméo, Londres.
- ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS, 1980, *Report of the working party on rehabilitation*, miméo, Londres.
- TESSIER, L., 1986, La Grande-Bretagne, in Comité de la santé mentale du Québec, ed, *Avis sur les services de santé mentale de la France, de la Grande-Bretagne, de l'Italie et des États-Unis*, éditeur du Québec.
- TOOTH, G.C., BROOKE, E.M., 1961, Trends in the mental hospital population and their effect on future planning, *Lancet*, i, 710-713.
- VAUGHN, C.E., LEFF, J.P., 1976, The influence of family and social factors in the course of psychiatric illness, *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- WATTS, F.N., BENNETT, D.H., eds, 1983, *Theory and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, John Wiley & Sons, Chichester.
- WING, J.K., 1967, The concept of handicap in psychiatry, *International Journal of Psychiatry*, 3, 243.
- WING, J.K., 1980, Innovations in social psychiatry, *Psychological Medicine*, 10, 219-230.
- WING, J.K., BROWN, G.W., 1970, *Institutionalism and Schizophrenia*, Cambridge University Press, Londres.
- WING, L., WING, J.K., STEVENS, B., GRIFFITH, D., 1972, An epistemological and experimental evaluation on industrial rehabilitation of chronic psychotic patients in the community, in Wing, J.K., Hailey, A.M., eds, *Evaluating a Community Psychiatric Services : The Camberwell Register 1964-1971*, Oxford University Press, Londres.

SUMMARY

Social Psychiatry concepts represent the theoretical basis of British psychiatric rehabilitation. Psychiatric disabilities are explained in terms of three dimensions: psychiatric impairment, social disadvantages and personal reaction to impairment and disadvantages. Psychiatric rehabilitation consists in reducing or at least containing disabilities using medical and social treatments to affect these 3 dimensions.

British Psychiatric services have pioneered deinstitutionalization and community care. However, the development of integrated community services has been slow and uneven across the country. Two British rehabilitation settings are described. Netherne Hospital, a mental hospital with local area responsibilities for rehabilitation. Camberwell, where admissions to mental hospital has ceased and where District Services Center coordinate the rehabilitation activities.